FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915 — THÈSE — N° 123

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre PEYRET

Né à Arthez (Basses-Pyrénées), le 29 avril 1887.

CONTRIBUTION
A LA SÉMÉOLOGIE ET A LA VALEUR DIAGNOSTIQUE
DES

PHÉNOMÈNES DOULOUREUX

DANS L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUË

Président : M. LETULLE, *Professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1915

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, N., HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LABBÉ (Marcel)	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MERE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

51489

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Membre de l'Académie de médecine.
Médecin de l'Hôpital Boucicaut.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

MM. le docteur MICHAUX, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

le docteur JOSUÉ, Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

le professeur ROBIN, Médecin de l'Hôpital Beaujon.

le professeur HARTMANN, Chirurgien de l'Hôpital Laënnec.

le docteur BRAULT, Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

le professeur KIRMISSON, Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.

le professeur agrégé SÉBILEAU, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière.

le professeur agrégé LEPAGE, Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut.

A Monsieur le Docteur CALOT

Nous avons été son élève à Berck et nous avions même commencé sous son inspiration, une thèse sur le Traitement marin. Malheureusement il ne nous a pas été possible de la terminer, car la majeure partie de notre travail fut égarée au cours des hâtifs déménagements du début de la mobilisation. Nous nous en excusons auprès de Monsieur le Docteur Calot et nous le remercions en même temps de l'intérêt qu'il nous a témoigné le temps que nous sommes resté près de lui.

A Monsieur le Docteur DELAUNAY

Chirurgien de l'Hôpital Péan.

Il fut aussi notre maître pendant un an et nous n'oublierons jamais l'opérateur habile et soigneux à qui nous devons la guérison et peut-être a vie de notre mère.

A MES AMIS

AVANT-PROPOS.

Nous avons entrepris ce travail sur le conseil du Docteur Paillard avec lequel nous avons observé un des malades dont nous rapportons plus loin l'histoire et qui nous a confié ses notes pour les autres observations. Nous avons étudié spécialement les divers caractères de la douleur dans l'occlusion intestinale aiguë ; or les phénomènes douloureux peuvent se manifester au cours de cette affection sous des aspects si divers que nous avons jugé utile de faire, en tête même de cette étude, un « essai » sur la classification des différents types de douleurs auxquels peuvent donner lieu les maladies de l'intestin ; aux périodes successives de son évolution, l'occlusion est susceptible de réaliser un grand nombre de ces types. Mais nous avons tenté surtout d'établir une notion d'application pratique : l'occlusion intestinale peut être, sinon diagnostiquée, du moins soupçonnée, avant l'apparition du météorisme abdominal,

par un ensemble de signes fonctionnels parmi lesquels le caractère de la douleur a une place prépondérante.

Les obligations de l'heure présente ne nous ont pas laissé la faculté de pratiquer des recherches bibliographiques aussi complètes que nous l'eussions désiré ; du moins nous avons exposé ici les opinions exprimées dans la plupart des traités classiques.

CONTRIBUTION A LA SÉMÉIOLOGIE ET A LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DES

PHÉNOMÈNES DOULOUREUX

DANS L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUË

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEURS DANS LES MALADIES DE L'INTESTIN

A l'état normal, quel que soit son état physiologique, l'intestin ne donne lieu à aucune perception subjective ; l'état de contraction, de vacuité, de plénitude ne sont nullement perçus par le sujet, quelque attentive que puisse être l'observation. Nous en exceptons toutefois ce qui se passe pour le rectum et la défécation, mais la physiologie et la pathologie du rectum se différencient nettement de tout ce qui concerne le reste de l'intestin et nous les éliminerons du cadre de ce chapitre.

Les principaux types de douleurs intestinales susceptibles d'être réalisés à l'état pathologique sont les suivants :

1° Douleurs par contractions intestinales violentes.

2° Douleurs par distension intestinale.

3° Douleurs liées à une lésion intestinale locale (inflammation, striction, ulcération, perforation).

4° Douleurs d'origine inflammatoire avec participation péritonéale (foyer localisé ou péritonite diffuse).

5° Douleurs des plexus nerveux abdominaux.

1° Douleurs par contractions intestinales violentes.

Ces douleurs correspondent exactement à ce qui est désigné couramment sous le nom de coliques ou de tranchées.

Elles surviennent par *crises* espacées de quelques minutes; elles *siègent* ordinairement dans la région périombilicale lorsqu'elles sont réalisées par les contractions du grêle; elles encadrent l'abdomen lorqu'elles sont dues aux contractions coliques (à noter ici que les contractions du transverse sont souvent difficiles à distinguer des contractions du grêle); elles se *déplacent* d'une région à l'autre de l'abdomen, la crise commençant dans une région et se terminant dans une autre, et le déplacement étant approximativement le même pour plusieurs crises successives; les comparaisons employées par le malade sont suggestives : sensation de *torsion*, de *broiement*, de *déchirement; l'intensité* peut-être extrême, arrachant des cris au malade, le forçant à s'asseoir, provoquant de véritables contorsions, ces douleurs sont souvent *angoissantes*; elles peuvent

s'accompagner de *phénomènes sympathiques* : pâleur, dilatation pupillaire.

Les douleurs sont liées à l'exagération du péristaltisme intestinal; on les observe (c'est là presque une donnée expérimentale), à la suite des purgations violentes ; elles semblent d'autant plus intenses que le contenu intestinal à évacuer est plus important, qu'il s'agisse des matières fécales ou de gaz ; l'évacuation de gaz seuls est souvent très douloureuse si ceux-ci sont très abondants.

Dans l'intervalle des crises douloureuses, le malade ne souffre pas, ou souffre peu, mais conserve toutefois assez souvent un endolorissement lombaire dans la région correspondant aux plexus nerveux abdominaux.

L'examen du ventre le montre soit de volume normal, soit un peu rétracté, plus rarement ballonné (le ballonnement indiquant la parésie de l'intestin). Il est parfois possible d'observer des contractions intestinales se dessinant sous la paroi.

2° Douleurs par distention intestinale.

C'est moins une douleur qu'une *gêne permanente* : elle occupe tout l'abdomen ou presque, car la distention de l'intestin intéresse toujours une étendue considérable de cet organe. C'est une gêne sourde qui, au bout de quelques heures, peut devenir très pénible car elle s'accompagne rapidement de dypsnée par refoulement intra-thoracique du diaphragme.

Peut-être la douleur est-elle dûe plutôt à la disten-

sion de la paroi abdominale qu'à celle de l'intestin lui-même. Peut-être aussi les plexus nerveux abdominaux en sont-ils responsables pour une part, car l'endolorissement lombaire est presque de règle au moins lorsque la distention de l'intestin a acquis un degré considérable.

L'examen physique de l'abdomen montre, en pareil cas, un ballonnement évident, peu douloureux à la palpation.

3° Douleurs liées à une lésion instestinale locale (inflammation, striction, ulcération, perforation).

Toutes ces lésions rendent *l'intestin sensible ou même douloureux à la palpation*; elles peuvent être, mais ne sont pas toujours le siège de *douleurs spontanées plus ou moins intenses:* elles s'accompagnent pour la plupart, de *douleur secondaire au niveau du plexus* (surtout l'ulcère de l'intestin).

Le type des douleurs inflammatoires localisées est fourni par l'*appendicite*: mais comme dans la très grande majorité des cas, il y a réaction péritonéale localisée, nous en renvoyons la description au paragraphe suivant. Une *colite aiguë* telle que la dysenterie bacillaire est spontanément douloureuse, mais donne lieu surtout à une grande sensibilité révélée par la palpation sur le trajet du colon (1). Une *colite chronique*

1) Nous ne parlons pas des douleurs rectales éliminées par principe de ce chapitre à cause de leur spécialisation.

telle que la colite muco-membraneuse donne lieu au même phénomène. Une *entérite aiguë* infectieuse avec diarrhée donne lieu non seulement à des contractions intestinales douloureuses, mais à une sensibilité diffuse de tout l'abdomen. Les exemples pourraient être multipliés.

La *striction locale* de l'intestin est parfois manifestement douloureuse : elle l'est par exemple dans la hernie étranglée; elle l'est dans l'invagination intestinale, comme on peut s'en rendre compte par la palpation du boudin invaginé lorsqu'il est perceptible au travers de la paroi abdominale; l'exploration clinique du segment intestinal malade dans le cas d'occlusion par bride est, par contre, presque impossible, mais on est en droit de supposer, par analogie, qu'il est également douloureux. Ce fait sera discuté page 36.

Les ulcérations de l'intestin et surtout *l'ulcus intestinal isolé* dont le type nous est fourni par l'ulcus duodénal, méritent une description toute spéciale au point de vue de leurs manifestations douloureuses. Il est indéniable que l'ulcus est douloureux à la palpation dans la majorité des cas; ce fait peut être affirmé par la localisation du point douloureux sous le contrôle radioscopique et la vérification de son siège lors d'une intervention chirurgicale; quant à la douleur spontanée, elle peut faire entièrement défaut (ulcus latent), se manifester seulement d'une façon intermittente (ce qui est fréquent dans l'ulcère du duodénum) ou avoir lieu à distance de la région malade : un sujet atteint d'ulcus gastrique ou duodénal souffre autant de son plexus solaire que de

son ulcération et, parfois même, il souffre uniquement de son plexus.

Quant aux autres ulcérations intestinales, leur traduction douloureuse est extrêmement variable : peu accentuée pour les ulcérations tuberculeuses des phtisiques, davantage pour les ulcérations dysentériques, de nature très complexe dans les ulcérations cancéreuses où l'ulcération, la compression par la tumeur, l'entérite susjacente, les contractions intestinales luttant avec l'obstacle concourent à provoquer la douleur.

La *perforation* de l'intestin, au cours de quelque affection qu'elle se produise, est annoncée par une douleur intense « en coup de poignard », il en est ainsi pour l'appendicite perforante d'emblée (1) pour la perforation d'un ulcus duodénal, de l'iléon dans la typhoïde etc... Il est classique d'insister, à juste titre, sur l'importance de la localisation de la douleur pour le diagnostic de la perforation; ce sera souvent cette localisation qui guidera le chirurgien dans son intervention.

Quelle est la part que prend l'atteinte péritonéale dans la genèse de cette douleur? Il est difficile de le dire; ce que l'on peut affirmer, c'est que la douleur de la perforation se fait plus sentir parfois au niveau des plexus que du siège même de la lésion, il en était ainsi chez un malade que nous avons observé et qui, à l'occasion d'une perforation appendiculaire, a présenté une douleur

(1) Le Professeur Pierre Delbet enseigne, de plus, qu'un malade soigné pour appendicite d'apparence régulière (diète, glace sur le ventre, repos absolu) et qui malgré le traitement présente une recrudescence nette de la douleur, fait une perforation de l'appendice.

en coup de poignard au creux épigastrique. Le fait a été, à plusieures reprises, relevé par les auteurs.

4° Douleur d'origine inflammatoire avec réaction péritonéale.

Etudions-la successivement dans deux cas : lorsqu'il s'agit d'un foyer localisé : type appendicite ; lorsqu'il s'agit d'une péritonite diffuse.

A. Foyer localisé (appendicite). — La douleur est *localisée*, *fixe*, *permanente*. Elle a tous les caractères des *douleurs inflammatoires* : sensation de chaleur (parfois de brûlure), de tension, quelquefois de pulsabilité. Elle est *remarquablement immobilisante* ; le malade ne se déplace pas dans son lit, est étendu sur le dos, attentif à ne se tourner ou à s'asseoir que lentement et le plus rarement possible. La toux réveille la douleur au foyer malade ; souvent même le malade ne peut pas tousser parce que la contraction des muscles abdominaux est douloureuse ; le diaphragme se contracte peu (Campenon, Delbet, Paillard) ; la vessie elle-même est lente à se contracter lorsque le foyer appendiculaire affleure le petit bassin. Cette douleur mérite bien le nom de douleur immobilisante puisque, non seulement, elle empêche le malade de se déplacer dans son lit, mais encore elle provoque toute une série « d'immobilisations locales » qui donnent à l'ensemble des phénomènes douloureux un caractère très spécial.

L'exploration de l'abdomen réveille la douleur au foyer malade et montre, de plus, *l'endolorissement des*

plans superficiels (hyperesthésie cutanée) la *contracture des muscles* couvrant le foyer malade et ces caractères joints encore aux précédents définissent très nettement le type de la douleur inflammatoire.

B. Péritonite généralisée. — Le foyer s'est étendu considérablement, mais la douleur reste la même. Elle est permanente, tensive, immobilisante ; les contractions du diaphragme sont complètement supprimées ; la toux est devenue impossible ou réduite à un hemmage insignifiant. L'abdomen se météorise, mais on ne peut confondre la douleur péritonitique avec celle liée à la simple distension de l'intestin ; elle est d'abord beaucoup plus intense ; en second lieu elle s'accompagne d'hyperesthésie très accentuée des plans superficiels, ce qui n'existe pas dans la distension simple ; l'existence de signes généraux graves (fièvre, accélération du pouls), empêche, au surplus, toute confusion.

5° Douleurs des plexus nerveux abdominaux.

Nous avons signalé leur souffrance susceptible de se surajouter aux différents types de douleurs précédemment décrits (au cours de l'ulcus intestinal par exemple). Etudions-les maintenant d'un peu plus près, sans oser espérer, d'ailleurs, donner ici des notions complètes et très précises, le sujet restant toujours à l'étude.

La souffrance des plexus nerveux abdominaux se traduit en général par une *douleur prédominant dans la région vertébrale*. Certains malades se plaignent de

souffrir des *lombes*, d'autres accusent une douleur *médio-abdominale profonde*. Ces douleurs présentent les caractères suivants : elles sont *permanentes* ou à peu près, bien que leur intensité soit susceptible de changer considérablement d'un instant à l'autre, elles s'accompagnent *d'angoisse* lorsqu'elles sont très intenses, elles donnent naissance bien plus à des *irradiations viscérales* qu'à des irradiations dans la paroi ou les membres. Mais, si on peut parfois soupçonner qu'il s'agit de douleurs des plexus à la fois d'après ces caractères et d'après les conditions dans lesquelles elles surviennent, on ne pourra l'affirmer que *si la palpation localise réellement cette douleur au siège des différents plexus*. Convenons que, très souvent, cette exploration sera difficile, soit par suite de la présence d'un foyer pathologique, soit en raison de la contracture musculaire, soit à cause de l'abondance du pannicule adipeux. Dans les cas où l'exploration peut-être faite complètement, on recueillera parfois des renseignements de la plus haute importance ; la localisation des différents plexus a été bien précisée dans ces dernières années par les travaux de M. Loeper.

M. Loeper (1) fait remarquer que l'exploration des plexus abdominaux doit être faite essentiellement dans les régions ombilicale et périombilicale. Le plexus solaire siège un peu au-dessus de l'ombilic ; le plexus mésentérique supérieur prolonge le plexus solaire en s'inclinant en bas et à droite de l'ombilic pour constituer le point paraombilical droit ; le plexus mésenté-

(1) Loeper et Esmonet. *Presse médicale*, 23 avril 1910, n° 33.
Loeper. *Leçons de pathologie digestive*, T.I. Masson, 1910.

rique inférieur est plus bas situé, franchement en bas et à gauche de l'ombilic et correspond au point paraombilical gauche; le plexus lombo-aortique peut-être palpé dans la région sous-ombilicale médiane et se divise, comme l'aorte, en deux branches donnant lieu à deux points iliaques correspondant à la racine des artères de ce nom.

La localisation de ces points est d'autant plus facile à obtenir que le sujet est maigre ou ptosique; l'intensité de la douleur réveillée par la palpation est éminemment variable, mais ce que note M. Loeper et qui présente un réel intérêt, c'est que la sensibilité des plexus correspond, en clinique, à ce que l'anatomie nous apprend du rôle et de la distribution de ces plexus : c'est surtout dans les affections gastriques qu'on trouve la douleur du plexus solaire; le point paraombilical droit est surtout douloureux dans les affections du grêle, du cæcum et de la moitié droite du colon ; le point para-ombilical gauche est noté fréquemment dans les affections de la moitié gauche du colon et du segment terminal de l'intestin.

Citons maintenant quelques exemples : un premier type de douleur des plexus est réalisé dans *l'entéroptose*; un sujet (le plus souvent une femme), atteint de cette affection souffre non pas de son intestin, mais de ses plexus et la palpation rend cette notion tout à fait évidente; dans la majorité des cas, la palpation ne réveille la douleur du plexus que lorsque les viscères sont en état de ptose et il suffit de les relever pour que la palpation devienne indolore ou notablement moins douloureuse; c'est donc bien le tiraillement mécanique

qui est cause de la douleur (1). Ces sujets sont généralement faciles à explorer, la laxité de la paroi abdominale permettant une palpation minutieuse. La physiopathologie de cette douleur est exactement comparable à celle de la gastroptose, de la ptose rénale et même du varicocèle.

Un second type est fourni par les *entéropathies chroniques* (à forme de constipation surtout), dont l'exemple le plus net est fourni par la *colite muco-membraneuse*; rien n'est plus variable et plus complexe que l'état de l'intestin dans ces cas; il est souvent ptosé; il peut être aussi le siège de lésions locales, minimes assurément, mais suffisantes pour rendre l'intestin sensible à la palpation et pour « entretenir » la douleur des plexus; ici, il est en état de spasme, là en état de distention locale, etc. Il semble que chaque malade ait sa « manière de souffrir » mais le trait commun est la souffrance des plexus.

Nous avons insisté plus haut sur les caractères de la douleur dans l'*ulcère intestinal* et montré que très souvent le malade souffre plus de son plexus que de sa lésion.

L'*appendicite chronique* nous fournit encore un autre exemple. D'une façon presque constante, elle augmente la sensibilité des plexus; elle peut être la cause de crises douloureuses spontanées, de troubles gastriques, de désordres circulatoires ou nerveux qui, plus d'une fois, feront errer le diagnostic. Les crises douloureuses

(1) Nous rappelons l'ingénieuse épreuve de la « douleur-signal » de Leven dans la gastroptose.

des tabétiques et des oxalémiques en fournissent des exemples typiques.

Tous ces faits sont intéressants à noter car ils expliquent comment telle ou telle affection intestinale est susceptible de provoquer « des réactions à distance » et souvent même des réactions fort éloignées, d'ordre circulatoire ou nerveux par suite de la mise en jeu des plexus nerveux abdominaux. Ces troubles bien mis en lumière au cours des colites chroniques par M. A. Mathieu et ses élèves, viennent surcharger le tableau clinique d'une façon souvent complexe.

Enfin, il nous faut citer les phénomènes douloureux liés à des *lésions primitives des plexus*, indépendamment de toute lésion intestinale ; c'est encore à M. Loeper que l'on doit d'avoir étudié particulièrement ces faits.

CHAPITRE II

LA DOULEUR DANS L'OCCLUSION INTESTINALE *(Revue bibliographique)*.

Nous avons réuni dans ce chapitre les différents caractères assignés à la douleur dans l'occlusion intestinale par les auteurs dans les divers traités classiques. Nous citons leur description *in extenso*, ce qui oblige à des répétitions multiples, mais ce qui est nécessaire néanmoins pour ne pas défigurer la pensée de chaque auteur.

*
* *

L'article « Occlusion Intestinale » du *Dictionnaire Jaccoud* par Alfred Luton nous fournit, touchant le symptôme douleur dans cette affection, les mentions suivantes :

Les anses intestinales viennent se dessiner tour à tour à la surface de l'abdomen balonné, et s'affaissent en faisant place à d'autres. La sensation de colique accompagne ces divers mouvements. — L'exploration du ventre est douloureuse. — Les vomissements sont provo-

qués en quelque sorte par chaque accès de coliques ou de contractions intestinales. « La douleur n'est pas sans offrir un certain rapport de siège avec le point précis occupé par l'occlusion ».

Le patient est ordinairement dans la torpeur, et il n'en sort que pour vomir; ou bien il s'agite sous l'impression de quelque colique, puis il retombe dans son affaissement... Un sentiment de poids épigastrique ou de constriction en ceinture augmente encore le malaise.

L. Martineau, à l'article « Coliques » du même dictionnaire traite la question d'une façon plus complète :

Toutes les fois qu'il existe une occlusion intestinale complète, on voit survenir des coliques, et celles-ci, dit Durand-Fardel, sont d'autant plus violentes que la lutte qui s'établit entre les contractions de l'intestin et l'obstacle presque infranchissable contre lequel elles viennent à se briser est plus vive, plus grande. Les anciens confondaient sous le nom d'iléus, toutes les causes capables d'apporter une gêne au cours des matières fécales; aussi ont-ils donné aux douleurs atroces qui surviennent dans tous ces cas le nom de colique de miserere, ayant l'intention d'exprimer par cette dénomination les angoisses inexprimables que les malades éprouvent.

Ces coliques sont d'abord passagères, puis vives; les malades n'éprouvent qu'un tiraillement, mais bientôt la douleur devient excessivement violente, parfois même, dès le début elle est d'une acuité excessive. Quoiqu'il en soit de la manière dont elle débute, il n'en est pas moins vrai que sa violence est telle qu'elle force le malade à se tenir courbé, à garder l'immobilité la plus complète, car le moindre mouvement, les mouvements respiratoires, la parole même l'augmentent, le moindre attouchement de la paroi abdominale arrachent des cris au malade. Cette douleur, d'abord locale, devient promptement générale. Pendant la colique la face est grippée, profondément altérée, cadavérique.

Les douleurs apparaissent d'abord à des intervalles assez éloignés, puis deviennent de plus en plus rapprochées, augmentent de violence jusqu'au moment où la débâcle survient, la cause produisant l'occlusion disparaissant, ou bien si la cause persiste, jusqu'au moment de la mort.

M. Jalaguier, dans le *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, aborde l'étude des symptômes de l'occlusion

intestinale aiguë en indiquant comme le premier signe, à peu près constant, de l'affection « une douleur vive, parfois déchirante et atroce, ressentie dans un point de l'abdomen ».

Elle est presque toujours le phénomène initial; il se peut cependant qu'elle fasse défaut et que le malade accuse simplement quelques coliques abdominales de faible intensité; mais c'est fort rare dans la forme aiguë de l'occlusion. D'ordinaire la douleur est très vive; localisée au début elle ne tarde pas à se généraliser; le malade indique quelquefois, comme siège maximum de la douleur, un point en rapport avec le siège de l'obstacle; plus souvent il souffre surtout dans les environs de l'ombilic, ce qui tiendrait, d'après Trèves, à ce que le plexus scolaire correspond à cette région.

La douleur est souvent continue, d'autrefois elle présente des exacerbations, ou bien elle ne survient que par crises, dans l'intervalle desquelles la souffrance est à peu près nulle. La douleur continue est causée par la striction permanente de l'intestin ou du mésentère; les paroxysmes et les crises sont dus aux contractions péristaltiques et antipéristaltiques qui sont intermittentes.

La cessation brusque de la douleur est le plus souvent d'un très mauvais augure, car elle indique la gangrène ou la perforation, en même temps que l'anéantissement de toutes les puissances réactionnelles de l'organisme.

Cependant, même en dehors de ces complications « on peut voir survenir des moments d'accalmie, des rémissions trompeuses, la douleur diminue, et les vomissements s'apaisent ».

A côté de la douleur spontanée il faut considérer aussi la douleur provoquée par la pression.

Celle-ci manque presque toujours au début, excepté dans le cas où l'occlusion reconnaît pour cause une entérite aiguë; la pression est alors douloureuse sur la partie enflammée. Quand une certaine sensibilité existe toujours au même point, c'est un signe très précieux, qui peut indiquer le siège de l'obstacle, surtout si ce point est

désigné par le malade comme étant celui par lequel la douleur spontanée a débuté.

Au diagnostic, M. Jalaguier différencie la douleur de l'occlusion intestinale de celle de la péritonite d'une part, et des entéro-colites aiguës d'autre part. Dans la péritonite aiguë, surtout par perforation, on note « une généralisation beaucoup plus rapide de la douleur, qui est en même temps très superficielle ». Dans les entéro-colites aiguës sans perforation, « le maximum de la douleur, spontanée et à la pression, se trouve au niveau de la portion de l'intestin qui est enflammée », il lui fut possible dans un cas « de dessiner par les points douloureux, le trajet exact du cæcum, du colon ascendant, et d'une petite partie du colon transverse ».

A propos du diagnostic du siège de l'occlusion, il dit encore :

La douleur localisée par le malade en un point particulier et développée par la pression au même niveau est un signe de valeur dans l'occlusion aiguë, surtout si, en même temps, on découvre une tuméfaction on une induration. Besnier, se basant sur l'analyse de 183 observations, attribue une grande importance à la douleur locale, primitive, qui correspond fréquemment au siège de l'obstacle. On trouve quelquefois plusieurs points douloureux, mais alors en cherchant bien, on peut arriver à reconnaitre qu'il en est un sur lequel la sensibilité est plus vive, et dont l'apparition a précédé celle des autres.

On ne doit pas toutefois accorder une confiance exagérée au siège de la douleur, car il n'est pas rare de voir un étranglement cœcal ou iliaque se manifester par une douleur au niveau de l'ombilic.

Ici l'énumération des signes indiqués par Bouveret, qui permettraient d'établir que le siège de l'occlusion se trouve sur le gros intestin, soit entre autres les deux

suivants : 1° le maximum de la douleur spontanée ou provoquée est dans la fosse iliaque droite; 2° au moment des coliques c'est par la fosse iliaque droite que débutent les contractions intestinales:

Lorsqu'il étudie le diagnostic de la cause qui a déterminé l'occlusion, M. Jalaguier s'appuie encore sur des renseignements tirés de la douleur. Elle sera dans le cas d'invagination, « brusque dans son apparition et d'une intensité rapidement croissante, s'atténuant au bout de quelques heures ou bien se manifestant d'une façon continue, avec exacerbations ».

Dans le cas de volvulus elle aura les caractères suivants :

Vive, précoce, d'abord intermittente, puis continue et réveillée par la pression de la fosse iliaque gauche... La plupart des malades ont eu des crises antérieures d'étranglement interne caractérisées par des douleurs abdominales ou une constipation opiniâtre souvent sans vomissements.

Enfin les étranglements par brides, diverticules, etc., donneront lieu à une douleur qui est brusque et continue, sous forme de coliques atroces « avec peu de sensibilité à la pression ».

*
* *

Dans le *Traité de Médecine de Bouchard et Brissaud*, M. Courtois-Suffit assigne à la douleur, dans l'occlusion aiguë, les caractères suivants :

Presque constante, elle est un phénomène de la première heure, elle devient rapidement excessive, d'une intensité atroce. Un rien la fait naître, tout l'exaspère. Les malades, sans repos, poussent des cris incessants. Le plus souvent elle est localisée lorsqu'elle commence,

mais elle s'étend bientôt aux parties voisines et peut envahir tout l'abdomen, quoique le maximum reste toujours fixé à son point de départ. Les exacerbations sont la règle, la douleur continue résulte soit d'un pincement de l'intestin (incarcération) soit de la distension de la paroi intestinale, soit de la péritonite concomitante.

Les exacerbations périodiques de la douleur résultent des mouvements péristaltiques de l'intestin qui lutte contre l'obstacle, et de la pression qu'exerce ce dernier sur les nerfs du péritoine enflammé. L'intensité de la douleur se mesure au degré d'excitabilité du malade, à l'intensité du péristaltisme, à l'étendue de la péritonite. Lorsque la péritonite est généralisée, l'abdomen météorisé est d'une excessive sensibilité qui rend intolérable le contact des draps ou des couvertures... Souvent on observe un ténesme très douloureux, dû aux mouvements péristaltiques qui, ayant franchi l'obstacle arrivent à l'anus.

A noter en outre ce passage concernant l'occlusion par invagination :

Le début est brusque le plus souvent. Le malade est pris d'une douleur abdominale intense qui présente nettement un maximum au niveau de l'ombilic. Elle est paroxystique et parfois extrêmement cruelle.

Enfin les remarques suivantes à propos du diagnostic de l'occlusion :

La douleur, toujours plus superficielle, est en même temps plus rapidement généralisée dans la péritonite par perforation.

La douleur à la pression est plus limitée au cœcum dans la typhlite.

Souvent le siège de l'occlusion se manifeste par une fixité de la douleur en un point de l'abdomen.

S'il existe du ténesme rectal malgré la constipation et la vacuité du rectum, on pensera que l'obstacle siège à la fin du gros intestin.

*
* *

M. Galliard, dans le *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, étudie l'une après l'autre les différentes

formes d'occlusion, soit : l'étranglement interne, le volvulus, l'invagination, l'obstruction par calculs biliaires, l'obstruction stercorale. Nous allons donc chercher les caractères que cet auteur attribue à la douleur dans l'exposé de chacune de ces variétés.

1° *Etranglement interne.* — Le début est brusque.

Premier symptôme : la douleur.

La douleur est comparée à une brûlure, à un pincement, à une torsion, à un déchirement. Lorsqu'elle est très vive, les malades se roulent sur le sol, poussent des cris, invoquent la mort; ils se courbent en deux, se compriment l'abdomen; la face exprime l'anxiété et la souffrance. Au bout d'un certain temps la douleur se calme, puis les crises reparaissent sous l'influence des contractions péristaltiques. Elles se rapprochent quand surviennent la congestion et l'étranglement de l'intestin. On réveille la souffrance en explorant l'abdomen. La recherche des points douloureux fournit de bons renseignements sur la localisation des lésions (Besnier) : ombilic, épigastre, fosse iliaque droite ou gauche, hypogastre. On note aussi des irradiations à tout l'abdomen, aux aînes, aux lombes, aux testicules.

Ne pas confondre avec la douleur de la péritonite aiguë, spécialement par perforation : « Mêmes coliques, même tension abdominale », mais « la douleur s'y généralise plus rapidement ».

2° *Volvulus.* — « Début comparable à celui de l'étranglement interne : douleurs subites et intenses, météorisme, vomissements précoces... Le début n'est pas toujours solennel. Le marin traumatisé de Russel n'eut pendant quelques jours que des douleurs sourdes attribuées à une péritonite qui n'existait pas... Le ténesme rectal, sans tumeur et sans évacuations est un symptôme assez fidèle... »

3° *Invagination.* — « Début brusque et solennel, soit pendant le sommeil de la nuit, soit à la suite d'un effort; douleurs intenses, apparition rapide des vomissements, du météorisme... La douleur serait particulièrement vive lorsque l'intestin grêle est en jeu (Smith et Barlow). Elle peut manquer.

Le ténesme rectal et les épreintes accompagnant les évacuations muqueuses et sanguinolentes révèlent une invagination très longue ou peu éloigné de l'anus. »

La tumeur en boudin formée par l'invagination augmente de volume pendant les paroxysmes douloureux. Les douleurs s'exagèrent lors de l'élimination spontanée de l'anse invaginée.

4° *Obstruction par calculs biliaires.* — « Le début est rarement brusque. On n'observe d'abord que de la constipation avec un certain degré de malaise, avec des coliques sourdes; les malades ne songent même pas à s'aliter. Cependant Schüller, Naunyn, Körte insistent sur la netteté des phénomènes initiaux : coliques violentes, vomissements hâtifs... »

A la période d'état « les douleurs spontanées manquent rarement d'une façon complète. On les localise au creux épigastrique, à l'ombilic, aux fosses iliaques. Leur siège ne peut fournir que de vagues indications sur la situation de l'obstacle. Elles ont été notées à gauche dans des cas où l'obstruction avoisinait le cœcum. Elles sont intermittentes ou continues. Provoquées par la palpation, elles constituent de bons éléments de diagnostic... En palpant l'abdomen on recherchera les points douloureux qui peuvent exister spécialement dans la fosse iliaque droite. Pratiquée avec prudence, cette recherche est inoffensive, elle a paru favoriser l'expulsion momentanée des calculs, dans les cas de Mayo, Mariotte, Brunner. »

* * *

M. Pierre Boulloche dans le *Manuel de Médecine* de Debove et Achard, indique au début de l'occlusion :

« Une douleur très vive, d'abord localisée en un point de l'abdomen, bientôt diffuse. »

Elle est « presque toujours le phénomène initial dans la forme aiguë. Son siège peut quelquefois, durant les premières heures, indiquer le lieu de l'occlusion; bientôt elle s'étend à tout l'abdomen. C'est une douleur continue avec des paroxysmes assez violents pour arracher des cris au malade (coliques de miserere). Elle s'exagère par la pression profonde de la paroi. Quand l'occlusion se complique de péritonite généralisée, les paroxysmes disparaissent, les phénomènes douloureux ne cessent pas; la pression même superficielle éveille des souffrances égales dans tous les points; le poids des couvertures devient insupportable. A la période terminale, lorsque le collapsus est proche, l'intensité des douleurs s'apaise; de même leur disparition brusque est parfois l'indice d'une perforation de l'intestin. »

Au diagnostic il différencie la douleur des péritonites, qui ne « reste pas longtemps limitée au point où elle a pris naissance, et irradie assez rapidement à tout l'abdomen. »

Il dit aussi, parlant du diagnostic de siège : « Une douleur fixe

accusée par le malade en un point limité de l'abdomen et réveillée par la pression fait quelquefois soupçonner le siège de l'obstacle. Mais c'est un signe inconstant et de peu de durée. »

*
* *

Guinard, dans le *Nouveau Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet note :

Qu'une « douleur extrêmement vive, d'abord localisée en un point de l'abdomen, peut-être le premier phénomène » d'une occlusion aiguë, et constitue l'un des « principaux signes fonctionnels » de cette affection.

La douleur « est un signe constant : elle existe dès le début : on l'a comparée à une brûlure, à un pincement, à un déchirement (L. Galliard). Son intensité est parfois telle que le poids des couvertures, une exploration pratiquée avec la plus grande douceur, le moindre frottement deviennent insupportables. Tout l'exaspère. Ce sont les coliques de miserere.

Au début elle peut-être localisée en un point précis de l'abdomen, ce qui peut-être de la plus grande importance dans la recherche du siège des lésions. C'est à ce niveau qu'elle conserve habituellement son maximum d'acuité. Les localisations les plus fréquentes sont la région de l'ombilic, l'épigastre, l'hypogastre, les fosses iliaques.

Elle se généralise rapidement, irradie dans tous les sens. On tiendra compte, comme toujours en pareille matière, du degré d'excitabilité du malade, des variations individuelles.

Elle est due au pincement de l'intestin (incarcération) à la distention de la paroi intestinale, et elle se présente par crises, avec des exacerbations périodiques qui résultent des mouvements péristaltiques de l'intestin luttant contre l'obstacle. On voit à chaque crise les anses se dessiner sous la paroi abdominale distendue en même temps qu'on perçoit un bruit de glouglou ou de gargouillement

Ces crises se renouvellent surtout quand on palpe le ventre, et on se rend très bien compte que le péristaltisme va toujours dans le même sens, et se dirige du côté de l'obstacle. D'ailleurs « la palpation est partout douloureuse ».

Quand la douleur « diminue ou disparaît complètement, en même temps que persistent tous les autres symptômes, il faut craindre la gangrène ou la perforation : c'est un calme trompeur. L'organisme affaibli ne fait plus les frais de la réaction; le collapsus est proche,

la persistance du hoquet et de l'algidité, même en l'absence des vomissements, suffit pour conserver au pronostic une signification fâcheuse ».

En ce qui concerne le diagnostic de siège, et l'importance qu'attribue Bernier à la localisation de la douleur au début, Guinard fait observer qu'une « douleur fixe, précise, nettement localisée peut très bien ne correspondre en rien au siège des lésions, que bientôt elle s'étend à tout l'abdomen, et que sa constatation en un point limité n'est pas toujours possible... Si en même temps qu'une douleur fixe, on observe une tuméfaction siégeant au même niveau, la localisation des lésions s'impose ».

* * *

Dans la *Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale* (P. Duval) nous lisons que l'occlusion intestinale, qui parfois peut « évoluer sans douleur », débute généralement par une douleur vive, brusque, « parfois atroce dans un point de l'abdomen. »

La douleur spontanée manque très rarement dans les formes aiguës; elle est presque toujours le phénomène initial (Damaschino). Localisée au début, la douleur se généralise bientôt à tout l'abdomen, mais souvent en un point maximum, qu'indique le malade et qui correspond quelquefois au siège de l'obstacle. Cette douleur est si vive, dans certains cas, que le malade se roule sur son lit en poussant des cris déchirants (coliques de miserere). Le moindre mouvement l'exaspère. Elle témoigne, par son intensité, de la souffrance et de l'irritation du grand sympathique et peut aller jusqu'à la mort (Le Fort). D'après Trèves la souffrance si fréquemment accusée par le malade au niveau de l'ombilic, est due à l'irritation du plexus solaire en rapport avec cette région

La douleur est continue, avec des exacerbations, ou intermittentes avec des moments d'accalmie plus ou moins complète. Elle est due à la striction et aux contractures péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin. Aussi sa cessation brusque est-elle d'un très mauvais augure, car elle correspond à la disparition de la striction et des contractures intestinales, due à la gangrène ou à la perforation de l'intestin.

La douleur à la pression est variable en intensité; parfois le simple contact du drap l'exaspère. La constatation, par la pression, d'une certaine sensibilité, toujours à la même place, permet souvent de

diagnostiquer le siège de l'obstacle, surtout si c'est en ce point qu'a débuté la douleur spontanée.

Le diagnostic sera fondé sur les « douleurs abdominales atroces, les vomissements fécaloïdes, l'arrêt des matières et des gaz », etc. etc.

On ne confondra pas avec la douleur des péritonites, qui est « plus rapidement généralisée », avec celle des entéro-colites, qui a son maximum au niveau de l'anse enflammée; le malade l'accuse en ce point; le chirurgien la provoque par la pression.

La douleur peut aider à faire le diagnostic du siège de l'occlusion : La région de l'abdomen où siège l'affection est parfois indiquée dans l'occlusion aiguë par la fixité de la douleur en un point (Besnier), surtout si ce point correspond à celui par où la douleur a débuté, et si la palpation fait découvrir à ce niveau, avant l'apparition du météorisme, une induration ou une tuméfaction.

* * *

Voici enfin la description de M. Loeper dans le *Manuel des maladies du tube digestif* de Debove, Achard, Castaigne, pour ce qui concerne l'étranglement interne.

Le premier symptôme marquant est la douleur. Cette douleur est vive, atroce; le malade se tord sur son lit, en proie aux fameuses coliques du miserere...

La douleur présente parfois son maximum d'intensité au niveau de l'étranglement, d'autres fois au niveau de l'ombilic, mais elle est généralisée à tout l'abdomen. Continue avec des exacerbations dues aux mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, elle présente peu de moments d'accalmie. Elle est d'autant plus vive que la striction est plus étroite; sa disparition est le plus souvent d'un mauvais augure, parce qu'elle indique la gangrène; elle est augmentée par la pression. Lorsqu'on peut la localiser par la palpation, on obtient un renseignement très précieux pour l'intervention.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES SUR LA DOULEUR DANS L'OCCLUSION INTESTINALE ET SUR SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE POUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA MALADIE.

Tout a été dit sur les caractères sémiologiques de la douleur dans l'occlusion intestinale et aux exposés qui font l'objet du précédent chapitre, nous n'avons pas un détail à ajouter.

Nous nous proposons simplement ici :

1° *De récapituler les divers caractères de la douleur dans l'occlusion, en tenant compte des considérations portées au chapitre I*er*;*

2° *De montrer comment, à notre avis, l'association de douleurs à forme de crampes violentes et intermittentes et de la constipation absolue constitue un « syndrôme précoce » permettant de soupçonner de bonne heure l'existence de l'occlusion;*

3° *De répondre à quelques objections susceptibles d'être faites à notre manière de voir.*

I

1° Les douleurs par contractions intestinales violentes forment un premier groupe dont l'importance est considérable au cours de l'occlusion intestinale et sur laquelle nous insisterons plus loin.

2° La douleur locale au point de striction existe d'une façon indéniable, mais avec des caractères qu'il est souvent moins facile de préciser.

Les auteurs précédemment cités disent que la douleur *débute en un point* de l'abdomen et se généralise ensuite, que dans l'intervalle des crises douloureuses dues aux contractions intestinales *il persiste une douleur assez localisée*, que la *localisation initiale ou maxima de la douleur est un bon indice pour la localisation de la lésion*; que la palpation permet parfois de déceler un *point douloureux électif* qui correspond à la lésion. Il est d'ailleurs, des cas dans lesquels la douleur elle-même peut être l'objet d'une palpation attentive; dans certains cas d'invagination chez l'enfant; l'abdomen reste assez souple pour que l'on puisse percevoir le boudin invaginé qui est le plus souvent douloureux; au moment des crises de contractions intestinales, ce boudin se durcit, s'incurve et devient plus douloureux encore.

3° La douleur par ballonnement abdominal survient lorsque l'intestin est parésié et cesse de lutter; ce n'est

plus une douleur véritable, mais une sensation de gêne, de plénitude à laquelle se surajoute souvent de la dyspnée; les malades souffrent moins à ce moment que lors des premières heures de leur occlusion; mais ils peuvent conserver les douleurs permanentes au point de striction.

4° La PERFORATION d'une anse sphacélée peut s'accompagner de la douleur dramatique décrite précédemment (v. p. 16) suivie rapidement de la douleur à type péritonéal (v. p. 17). Mais la perforation est tardive au cours de l'occlusion. Elle survient du 4e au 8e jour, souvent vers le 6e, exceptionnellement au bout de 2 ou 3 jours (seulement dans les cas de striction très serrée). Or au moment où se produit cette perforation, le malade est asthénié parce que auto-intoxiqué, infecté, considérablement diminué dans sa défense organique; aussi n'est-il pas rare que perforation et péritonite se traduisent seulement par l'aggravation des symptômes généraux sans que le malade puisse « faire les frais » d'une réaction locale : il ne défend pas son péritoine, il n'en souffre pas; c'est la « péritonite asthénique ». Souvent même le malade souffre moins à partir du moment où s'est perforé son intestin et ce fait est lié à la déchéance rapide de l'état général et à la diminution de la sensibilité organique.

5° Existe-t-il au cours de l'occlusion, des phénomènes douloureux dont on puisse rendre responsables les PLEXUS NERVEUX ABDOMINAUX? Le fait nous parait probable. Trèves incriminait le plexus solaire. Nous n'avons aucune preuve à apporter, et nous rappelons combien

l'abdomen d'un malade atteint d'occlusion intestinale est difficile à palper dans sa profondeur, soit au début où un rien réveille une crise, soit à la période de ballonnement où la palpation profonde est devenue pratiquement impossible.

Tel est donc le complexus symptomatique de la douleur au cours de l'occlusion intestinale aiguë. Il faut se garder d'une schématisation outrancière, mais il faut par contre, pousser l'analyse de la séméiologie fonctionnelle aussi loin que possible. Assurément ce n'est pas sur un seul symptôme que l'on fait le diagnostic d'une maladie ou qu'on en règle le pronostic, mais c'est en analysant chaque symptôme que l'on apprend à le dépister de bonne heure et à en connaître la valeur.

II

Le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë repose sur les quatre symptômes suivants : douleur, vomissements, suppression complète des évacuations fécales et gazeuses par l'anus, ballonnement abdominal. Mais de tous ces signes, le dernier cité est de beaucoup le dernier à se manifester; on ne le constate guère qu'au bout de 36 heures, parfois de 48 heures, quelquefois d'un laps de temps plus considérable encore. Est-il nécessaire d'attendre son apparition pour porter un diagnostic ferme? Les auteurs ne le disent pas de façon expresse et néanmoins cela ressort assez manifestement de leur exposé. Douleurs et vomissements sont

phénomènes d'ordre banal au cours des affections abdominales; la suppression absolue des matières et des gaz est reconnue par tous les auteurs comme un signe de la plus haute importance, mais n'est pas toujours aussi facile à établir qu'il pourrait sembler, le malade, par exemple, est sûr de n'avoir pas évacué de matières, mais ne se souvient plus exactement s'il a ou non, évacué quelques gaz, ou bien, s'il a évacué des gaz, le fait que l'entourage a souvent administré un lavement quelques heures auparavant enlève à cette évacuation toute valeur diagnostique. *Aussi bien, on reste dans l'expectative* et c'est précisément l'apparition du ballonnement qui vient trancher le diagnostic. Souvent même, le médecin n'a pas pensé à la possibilité d'une occlusion avant que ne survienne le ballonnement.

Y a-t-il moyen de faire mieux, autrement dit, peut-on trouver dans les signes qui existent avant le ballonnement des éléments suffisants pour songer à une occlusion intestinale?

Notre opinion est que *l'existence de douleurs abdominales, à forme de crampes intestinales périodiques, coïncidant avec la suppression complète des matières et des gaz et avec les vomissements* doit toujours poser le problème de l'occlusion intestinale et peut-être même inviter à le résoudre par la positive.

Nous avons insisté sur le type très spécial des douleurs liées aux contractions intenses de l'intestin. Or, ce sont ces douleurs qui sont ici réalisées d'une façon très exacte et l'on ne saurait, à leur égard, trouver de meilleur exemple que l'occlusion intestinale,

car aucune affection ne sollicite avec autant de constance et d'énergie, les contractions de l'intestin. Nous rappelons leurs principaux caractères : ces douleurs donnent une *sensation de torsion, de crampe*, de *contraction*; ce sont les comparaisons employées par les malades; elles *se déplacent d'une région à l'autre de l'abdomen*, mais, comme elles siègent presque toujours sur le grêle, elles prédominent dans la région périombilicale; elles sont *intenses* arrachant souvent des cris au malade, l'obligeant à s'asseoir ou à changer de position; elles sont *angoissantes*, ce que traduit l'expression du visage; elles surviennent par *crises* espacées de cinq à quinze minutes en moyenne; dans leur intervalle, la douleur peut persister au niveau de la lésion, parfois elle est réduite à une simple gêne, mais le malade reste sous l'effet de l'angoisse et de la crainte, redoutant chaque crise qu'il sait devoir venir au bout de peu de temps.

Il est hors de doute que ces manifestations douloureuses soient dues aux contractions de l'intestin luttant contre l'obstacle. Tout d'abord on a constaté leur coïncidence chronologique avec les contractions intestinales visibles sous la paroi chez les individus maigres; d'autre part, elles sont foncièrement comparables dans leurs principaux caractères aux douleurs liées aux contractions intenses d'autres viscères, tels que l'estomac : crises douloureuses gastriques dans la sténose du pylore; l'utérus : crises douloureuses de l'utérus gravide en contraction; la vésicule biliaire : crises douloureuses de la colique vésiculaire, etc.

Voilà donc le premier élément bien défini : le caractère et le siège de ces douleurs ne doivent laisser aucun doute sur leur nature.

Le second élément est constitué par la suppression absolue des matières et des gaz normalement évacués par l'anus. Le médecin mis en éveil par la constatation des douleurs précitées insistera tout spécialement dans son interrogatoire sur cette suppression des évacuations anales. N'y a-t-il eu aucune selle? Le malade renseigne aisément. N'y a-t-il eu aucune évacuation gazeuse? il faut à cet égard que le renseignement soit absolument précis; le médecin pose souvent une question trop vague et le malade donne en conséquence une réponse sans valeur; il ne suffit pas de demander : avez-vous rendu des gaz? le malade répond affirmativement s'il a eu quelques éructations; nous avons vu cette erreur se produire à plusieurs reprises; il faut faire comprendre au malade l'importance du renseignement lui demander : avez-vous rendu des gaz par l'anus? ou, parfois même, employer le mot vulgaire s'il est nécessaire de le faire pour être bien compris.

Le renseignement précis étant obtenu, la confrontation des deux symptômes : douleurs à type de contractions intestinales violentes et intermittentes, suppression absolue des évacuations fécales et gazeuses, oriente franchement le diagnostic vers l'occlusion intestinale, au moins si ces symptômes existent depuis au minimum de 5 à 6 heures.

Assurément le péristaltisme intestinal peut être exagéré sans qu'il y ait occlusion, mais les contractions

douloureuses aboutissent alors au bout de peu de temps à une ou plusieurs selles, ou au moins à des évacuations gazeuses importantes. *Ce qui doit, au contraire, faire penser à l'occlusion, c'est l'antinomie qui existe entre les contractions répétées de l'intestin et l'absence complète d'évacuations anales*; il y a là un signe extrêmement simple et extrêmement frappant qui se déduit des faits que nous avons observés, et particulièrement de l'observation I, et qui tire toute son importance de la précocité avec laquelle on l'observe, bien avant l'apparition du météorisme abdominal.

En effet, quand l'abdomen va-t-il se ballonner? Ce sera seulement lorsque l'intestin aura perdu sa tonicité et son aptitude à la lutte, lorsqu'il sera parésié et que sa distension mécanique pourra aisément se produire; que l'on puisse encore observer quelques contractions douloureuses dans ces conditions, le fait n'est pas douteux, mais elles sont beaucoup moins intenses et moins fréquentes, elles se suppriment complètement au bout de quelque temps.

L'apparition des vomissements est précoce, et ils traduisent le plus souvent une intolérance gastrique absolue; ils sont alimentaires ou simplement muqueux; quant aux vomissements fécaloïdes ils sont rares et en tout cas très tardifs. Ce qui est important ici ce n'est pas tout ce que le malade vomit, mais le fait qu'il vomit et ne conserve rien de ce qu'il ingère.

En résumé, on peut admettre deux phases dans l'évolution de l'occlusion :

Une première phase où l'intestin lutte par des con-

tractions violentes et douloureuses, où l'abdomen n'est pas ballonné, mais cette phase comporte d'ores et déjà la constipation absolue ;

Une seconde phase où les contractions intestinales cessent et où le ballonnement apparaît.

Nous n'apportons pas un nombre suffisant d'observations pour être en droit de formuler des conclusions définitives, mais il nous paraît que les symptômes de la première phase, surtout lorsqu'il s'y joint des vomissements, doivent inviter à *soupçonner* une occlusion intestinale ; *c'est déjà beaucoup que, dès cette période, l'attention du médecin soit attirée sur cette hypothèse ;* on peut surveiller plus minutieusement l'apparition des signes d'intolérance digestive complète, et apprécier le début du ballonnement, par la mensuration par exemple, ainsi que cela a été fait pour l'observation I.

Plus tôt le diagnostic ferme sera posé, plus tôt le malade sera opéré, et meilleur sera le pronostic.

III

Deux remarques complémentaires nous paraissent toutefois devoir être formulées :

1° *Est-il certain que les douleurs à type de contractions intestinales intenses et périodiques marquent bien le début de l'occlusion intestinale complète, et celui-ci ne serait-il pas plutôt indiqué par le ballonnement?*

2° *Il est des cas d'occlusion dans lesquels la suppression des évacuations fécales est tardive, les douleurs précédant de beaucoup la constipation absolue.*

On est en droit de poser la première question parce que la constitution de l'occlusion intestinale est toujours une chose complexe, surtout chez l'adulte; il s'agit d'un volvulus, d'un étranglement par une bride, d'une invagination, etc., phénomènes dont l'établissement même demande quelque temps; de telle sorte que l'on peut se demander *a priori* si la phase intensément douloureuse ne correspond pas à la constitution de l'agent occlusif, et si, une fois l'occlusion dûment constituée, le ballonnement n'apparaît pas aussitôt. La question a son importance car le traitement chirurgical ne s'impose que dans l'occlusion complète et certaine. Or il nous paraît que l'occlusion est constituée bien avant l'apparition du ballonnement et ce qui nous permet de l'affirmer c'est que on l'observe en cas d'étranglement herniaire. Dans les services hospitaliers parisiens (il n'en est pas de même dans la clientèle rurale), une hernie étranglée est opérée en général moins de 24 heures après le début de l'étranglement; la hernie est dure et absolument irréductible depuis 6, 12, parfois 18 heures; par conséquent l'occlusion complète est réalisée depuis ce temps, et cependant on n'observe pas, où on n'observe qu'exceptionnellement du ballonnement abdominal. Par contre, le malade présente d'une façon très nette ces crises de contractions douloureuses que nous avons décrites plus haut, et les manifestations douloureuses de cet ordre sont signalées par les auteurs à côté des douleurs siégeant au niveau de l'étranglement lui-même. Paul Berger dit à ce sujet à l'article « HERNIE ÉTRANGLÉE » du *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus* :

Presque tous les malades atteints d'étranglement souffrent du ventre; ce sont des coliques sourdes d'abord, puis de plus en plus prolongées et douloureuses, pendant lesquelles on voit les anses intestinales se dessiner au travers des parois de l'abdomen. Ces douleurs sont analogues à celles de l'étranglement interne; elles présentent les mêmes variations suivant les cas et les individus; elles sont en général plus vives et plus fréquentes dans la première période de l'étranglement que plus tard, lorsque l'intestin est paralysé, et que le ventre se laisse distendre. Au début de l'étranglement il n'y a guère de sensibilité vive à la pression que dans les environs du trajet herniaire et du pédicule de la hernie.

Le ventre est au début plutôt rétracté; les parois abdominales sont tendues; plus tard, quand l'intestin est distendu par les matières et les gaz, on voit apparaître le ballonnement.

Que si on est en présence d'une hernie dont l'étranglement date de 24 heures, 36 heures, 48 heures et plus (ainsi que cela se présente souvent dans la pratique médicale à la campagne), le tableau s'est sensiblement modifié : le ballonnement est évident, les douleurs à type de contractions intestinales ont cessé; l'intestin a cessé de lutter contre l'obstacle et s'est laissé distendre.

Pendant toute la phase douloureuse qui précède le ballonnement au cours de l'occlusion intestinale par étranglement interne, faut-il réserver une période initiale qui correspond, non pas à l'occlusion constituée, mais à l'occlusion en train de se constituer? C'est possible. Faut-il admettre que tant que le ballonnement n'est pas apparu les contractions intestinales pourront vaincre l'obstacle, franchir une bride péritonéale, défaire un volvulus, désinvaginer une anse? C'est encore possible. Mais ce sont ces hypothèses qui restent à prouver alors que les faits énoncés plus haut concernant la traduction clinique de l'occlusion demeurent entièrement vrais.

La seconde remarque concernant l'apparition tardive de la constipation a été faite par de nombreux auteurs, soit au cours de l'occlusion interne, soit au cours de l'étranglement herniaire; c'est ce que l'on désigne sous le nom *d'évacuation du bout inférieur de l'intestin* ; nous voulons faire ici une simple addition qui nous est suggérée par l'observation n° II que nous rapportons plus loin et qui concerne un cas d'invagination intestinale chez l'adulte. Il n'existait pas dans ce cas d'évacuations sanguinolentes ou dysentériformes, mais le malade a présenté deux selles d'apparence normale alors qu'il souffrait, depuis plusieurs heures déjà de douleurs caractéristiques de l'occlusion (la seconde selle a été évacuée 11 heures après le début de la douleur). Or il ne faut pas oublier que ce qui met précisément en jeu la constitution d'une invagination, ce sont des contractions intestinales; en un point de l'intestin, souvent au niveau d'une lésion locale, ces contractions produisent le télescopage de l'intestin et l'invagination se trouve constituée. Quoi d'étonnant à ce que les contractions se prolongent au delà du point invaginé et déterminent l'évacuation du segment intestinal sous-jacent?

Assurément le diagnostic de l'invagination en est parfois rendu plus difficile et peut être ainsi retardé; cet exemple qui montre que, somme toute, l'interprétation clinique est chose délicate et qu'on ne pourra jamais enfermer la pathologie en des formules trop étroites, n'infirme nullement les considérations cliniques et physio-pathologiques exposées plus haut.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici deux observations d'occlusion intestinale qui nous ont été communiquées par le docteur Paillard avec lequel nous avons examiné le malade qui fait l'objet de l'observation I.

Nous avons ajouté, à la suite de ces deux observations, quelques remarques concernant l'apparition du ballonnement abdominal au cours des étranglements herniaires.

Il eut été intéressant de rapporter l'histoire complète des phénomènes douloureux chez ces derniers malades, car d'après nos souvenirs, ils se superposent assez exactement à ceux que l'on observe au cours de l'étranglement interne; mais nous ne les avons pas notés d'une façon assez précise pour pouvoir en faire état ici. Les signes objectifs au cours de l'étranglement herniaire sont tellement nets et décisifs, qu'on néglige trop d'étudier, dans son détail, la symptomatologie fonctionnelle.

Observation I

En novembre 1907, le nommé R..., trente-sept ans, entrait à l'Hôpital de la Charité, salle Corvisart, lit n° 13, pour soigner une tuberculose pulmonaire évoluant depuis trois ans et pour laquelle il avait déjà subi un traitement prolongé. Le reste de l'organisme était normal et l'on eut à étudier au début que les symptômes de tuberculose.

Nous passerons rapidement sur ceux-ci : il s'agissait d'une tuberculose fibro-caséeuse avec expectoration muco-purulente, fièvre vespérale, tachycardie intermittente : signes objectifs de condensation avec ramollissement partiel au sommet droit, habitus emphysémateux, présence de bacilles dans les crachats. Il n'y avait pas d'amaigrissement notable et on ne trouvait ni par l'interrogatoire, ni par l'examen objectif de l'abdomen de signes pathologiques concernant le tube digestif.

C'est chez ce malade que dix-sept jours après son entrée à l'hôpital, on vit évoluer des accidents abdominaux dont la symptomatologie fut suivie d'une façon précise, accidents qui nécessitèrent une intervention chirurgicale.

Dans la nuit, vers quatre heures du matin, le malade avait été réveillé par des douleurs abdominales assez diffuses et dont il ne retint pas tout d'abord les caractères avec précision.

Vers huit heures du matin survint un vomissement qui contenait, outre un liquide glaireux et un peu de bile, des aliments ingérés la veille au soir.

En même temps les douleurs se firent plus vives et le malade put en préciser les caractères.

Quoiqu'il existât un *endolorissement permanent de l'abdomen les douleurs survenaient nettement par crises*, se répétaient à une demi-heure, à un quart-d'heure d'intervalle, chacune durant une minute et demie à trois minutes.

Pendant chaque crise, le malade éprouvait une sensation de *torsion douloureuse*, dont le maximum était dans la région ombilicale, mais qui semblait commencer un peu en haut ou un peu à gauche de cette région pour se terminer d'une façon presque constante dans la fosse iliaque droite.

Il y avait donc là une douleur « ambulante » dont la régularité assez nette ne pouvait manquer de frapper l'observateur.

Cette douleur était atroce. Pendant la crise, le visage du malade était anxieux et pâle. Dans l'intervalle des crises, le malade redoutant la crise suivante restait absolument immobile dans son lit, attentif de

ne pas faire le moindre mouvement qui pût réveiller la douleur.

A ces symptômes il fallait joindre une constipation complète. Le malade avait été à la selle la veille, dans l'après-midi, depuis, il n'avait émis par l'anus ni gaz, ni matières.

La température était à 37°6. Le pouls à 110.

L'examen de l'abdomen fournissait les renseignements suivants : le ventre n'était pas ballonné ; il offrait une faible dilatation à chaque inspiration, indice que le diaphragme se contractait encore et qu'il n'était pas immobilisé par l'affection douloureuse abdominale.

La palpation montrait un peu de défense musculaire dans la région ombilicale et réveillait dans cette région une sensation douloureuse plus vive. Nulle part il n'y avait de matité ni de tuméfaction appréciable. Pendant les crises douloureuses, la contracture abdominale s'accentuait un moment. L'inspection de l'abdomen même à jour frisant ne montrait aucune onde appréciable.

A midi : nouveau vomissement bilieux ; les douleurs paroxystiques se répètent toujours. Le malade complètement absorbé par ses douleurs abdominales ne tousse plus, ne crache plus.

A trois heures : le malade est revu de nouveau. Les douleurs abdominales sont de plus en plus vives elles s'espacent parfois de plus d'un quart d'heure, mais chaque crise semble plus douloureuse que la précédente. Cette douleur est presque syncopale.

La constipation est encore absolue : ni gaz, ni matières ne sont évacués.

Le malade n'a pas vomi de nouveau, mais éprouve une sensation nauséeuse persistante. L'abdomen n'est aucunement ballonné.

En présence de tous ces symptômes et devant l'impuissance des compresses chaudes, des cataplasmes laudanisés à calmer la douleur, on se demande s'il ne s'agit pas là d'une occlusion intestinale et s'il n'y aurait pas lieu de lever chirurgicalement l'obstacle.

Il est bien évident qu'il ne pouvait s'agir d'une indigestion qui serait également accompagnée de diarrhée, d'une appendicite, la douleur manquant dans la région cœco-appendiculaire et la fièvre étant absente ; d'une péritonite par perforation : il n'y avait pas de douleur en coup de poignard, la douleur étant surtout discontinue, paroxystique.

Un diagnostic plus difficile à éliminer était l'hypothèse d'une généralisation tuberculeuse, l'évolution d'une péritonite tuberculeuse aigüe, granulique, dont le point de départ aurait été la lésion pulmonaire ; mais dans ce cas le ventre se ballonne en général rapidement, la palpation le montre totalement douloureux, la douleur superficielle ne manque jamais.

Restait l'occlusion intestinale. En sa faveur existaient les vomissements, l'arrêt complet des gaz et des matières; enfin les douleurs paroxystiques qui semblaient indiquer les contractions intestinales essayant de lutter contre l'obstacle.

Après consultation avec l'interne en chirurgie du service voisin, le diagnostic d'occlusion ne parut pas s'imposer d'une façon suffisamment nette pour justifier une intervention immédiate; néanmoins pour surveiller l'apparition du ballonnement *la circonférence de l'abdomen* fut mesurée à l'aide d'un mètre à ruban passant par l'ombilic et à deux travers de doigt des crêtes iliaques; le chiffre était de 91 centimètres.

On se contenta de donner au malade quelques morceaux de glace à sucer; on appliqua sur l'abdomen une large vessie de glace et on pratiqua une injection de 1 centigramme de morphine.

A 5 heures du soir, nouveau vomissement.

A 7 heures du soir, les douleurs persistent encore, nouvelle injection de morphine.

La nuit est très mauvaise. Insomnie complète, le malade vomit à deux reprises, les douleurs abdominales semblent néanmoins s'atténuer vers le matin.

Le lendemain matin on trouve une série de modifications importantes dans le tableau clinique. Les douleurs sont moins vives, beaucoup plus espacées; le malade est plus abattu, le pouls bat à 126. Il n'y a pas de fièvre. L'abdomen est sensiblement ballonné comparativement à la veille. (La mensuration de l'abdomen montre 97 centimètres).

A 10 heures du matin, le chirurgien appelé de nouveau en consultation confirme le diagnostic d'occlusion intestinale et l'opération est décidée.

Elle est pratiquée par M. Wiart, chirurgien des hôpitaux. On trouve une occlusion intestinale par diverticule de Meckel adhérent et légèrement enflammé; celui-ci est réséqué, le cours des matières est rétabli et, après cette intervention qui a duré un peu plus d'une demi-heure le malade est reporté dans son lit.

Dans les heures qui suivirent il n'éprouva aucune douleur et une débâcle intestinale se produisit.

La guérison, que l'on semblait devoir attendre, ne survint pas, et, le lendemain au soir, le malade succombait au milieu d'accidents d'apparence toxique : céphalée, délire, accélération extrême du pouls, refroidissement des extrémités.

Après l'opération, le malade n'a pas présenté de fièvre et les douleurs abdominales avaient complètement disparu.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Observation II.

B.,., 20 ans employé de commerce, observé en 1910 à l'hôpital Lariboisière.

Le malade est amené à l'hôpital à 10 heures du soir parce qu'il *souffre du ventre*, qu'il a *vomi* et que la famille craint l'appendicite. (Plusieurs malades atteints d'appendicite ont été opérés dans cette famille depuis peu d'années).

Le patient a commencé à souffrir vers 9 heures du matin, 2 heures après le petit déjeuner. La douleur a débuté assez rapidement, se manifestant surtout dans la région périombilicale droite et la fosse iliaque du même côté. Le malade accuse nettement que ses douleurs sont *intermittentes*, qu'elles *se déplacent* d'une région à l'autre de l'abdomen; mais dans un sens difficile à préciser; qu'elles donnent une *impression de torsion*.

Les crises douloureuses ont atteint leur maximum d'intensité et de fréquence de midi à 3 ou 4 heures de l'après-midi; le malade se tordait dans son lit, en proie à une vive anxiété, restant immobile au contraire lors des accalmies, de peur de réveiller une crise.

Le malade a *vomi* à trois reprises, une fois dans la matinée, deux fois dans l'après-midi; à part le vomissement du matin qui contenait quelques aliments, les substances rejetées ont été purement muqueuses et glaireuses; le malade n'a ingéré qu'un peu d'eau sucrée dans la matinée et a été mis à la diète absolue dans l'après-midi.

Il y a eu *deux évacuations de matières fécales*, l'une vers deux heures de l'après-midi, l'autre le soir, quelques minutes après l'arrivée à l'hôpital; les matières (ainsi que nous avons pu le vérifier pour la seconde selle) étaient moulées et d'apparence normale.

L'examen montrait un sujet assez robuste, un peu pâle. L'abdomen n'était nullement ballonné, nullement rétracté non plus; la respiration diaphragmatique était bien conservée et la palpation montrait d'emblée la souplesse relative de l'abdomen; le malade contractait ses muscles pariétaux lorsque la palpation se prolongeaient ou devenait plus profonde, mais en aucune région du ventre il ne fut trouvé de contracture permanente. La douleur était réveillée d'une façon diffuse dans la région para-ombilicale droite plutôt que dans la fosse iliaque : la palpation ne réveilla pas de crise douloureuse.

Le toucher rectal fut pratiqué et ne montra rien d'anormal : le rectum était vide (le malade étant allé à la selle peu auparavant). Le

malade urinait peu mais sans aucune douleur ; les urines ne contenaient pas d'albumine.

La température rectale était de 36°8 ; le pouls battait à 96 par minute. La langue était humide et propre. Ajoutons qu'on ne trouvait rien d'important dans les antécédents du malade, en particulier aucun trouble gastrique ou intestinal.

En présence de ces symptômes, le diagnostic reste en suspens, il ne pouvait être question d'appendicite, puisque la région appendiculaire n'était pas douloureuse et que la température n'était pas élevée au-dessus de la normale ; le diagnostic d'embarras gastrique ou gastro-intestinal ne présentait guère de vraisemblance (langue propre, pas de diarrhée, aucune cause connue d'intoxication alimentaire). On savait donc simplement qu'il y avait des douleurs indiquant un péristaltisme intestinal exagéré, que celui-ci avait provoqué deux selles dans la journée et que ces symptômes s'étaient accompagnés de vomissements.

On se contenta donc de prescrire l'application de compresses chaudes sur l'abdomen et l'injection de quatre centigrammes d'extrait d'opium.

Les renseignements qui nous ont été fournis sur l'évolution ultérieure sont les suivants : durant la nuit, les douleurs et les vomissements se prolongèrent malgré les prescriptions ci-dessus ; l'intolérance gastrique fut absolue et le malade ne put même pas conserver un demi verre d'eau qu'il avait absorbé. Dans la matinée, on constata que son abdomen n'était encore nullement ballonné, ne présentait aucun signe de foyer inflammatoire localisé ; le facies était pâle et tiré, le pouls à 115. Le malade n'avait évacué, depuis la veille au soir, *ni selle, ni gaz*. Pensant soit à une occlusion intestinale, soit à une perforation possible, on pratiqua vers onze heures du matin, une laparatomie qui révéla l'existence d'une invagination intestinale siégeant sur le dernier tiers de l'iléon. Nous ne retrouvons dans nos notes aucune indication sur la nature de l'intervention et les suites opératoires.

Deux faits ressortent, en tout cas, de cette observation :

1° La maladie a évolué sans que l'abdomen présente de ballonnement ; 26 heures après que le malade avait commencé à souffrir, il n'y avait pas de ballonnement.

2° La constipation n'a pas été absolue dès le début des accidents : 11 heures après le début des douleurs, le malade évacuait encore une selle ; c'est là un cas particulier « d'évacuation du bout inférieur de l'intestin » qui peut prêter à des considérations intéressantes surtout en ce qui concerne l'invagination.

Observations concernant l'apparition du ballonnement au cours de l'étranglement herniaire.

Pratique hospitalière.

1. — Homme de 61 ans opéré à l'hôpital Beaujon, 10 à 12 heures après le début de l'étranglement. Pas de ballonnement. Quelques contractions intestinales visibles sous la paroi.

2. — Homme de 56 ans opéré à l'hôpital de la Charité, 20 heures après le début de l'étranglement. L'abdomen est légèrement bombé, mais d'une façon insignifiante.

3. — Femme de 48 ans opérée à l'hôpital de la Charité, 15 à 17 heures après le début de l'étranglement. Pas de ballonnement.

Pratique rurale.

4. — Homme de 70 ans opéré 30 heures environ après le début de l'étranglement. Ballonnement net.

5. — Femme de 55 ans opérée 20 à 22 heures après le début de l'étranglement; ballonnement léger.

CONCLUSION

1° L'occlusion intestinale aiguë est susceptible de réaliser des types douloureux très divers : douleurs par contractions intestinales violentes luttant contre l'obstacle; douleur locale au point de striction; douleur par ballonnement abdominal; douleur par perforation; peut être aussi douleur par retentissement sur les plexus nerveux abdominaux.

Une analyse séméiologique précise permet d'identifier chaque type de douleur et apporte un appoint utile pour reconnaître l'état dans lequel se trouve chaque malade atteint d'occlusion.

2° On peut sinon diagnostiquer, du moins reconnaître l'existence d'une occlusion intestinale aiguë, *avant l'apparition du météorisme abdominal*, grâce à la coexistence des trois symptômes suivants : contractions

intestinales intermittentes et douloureuses, suppression complète des évacuations fécales et gazeuses par l'anus, vomissements.

Vu : le Président,
LETULLE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Haguenot. — Mém. sur le mouv. des intestins dans la passion iliaque. *Hist. Acad. roy. de sc.*, 1713.

Martineau (L.). — Article « Coliques » du *Dictionnaire Jaccoud.*

Lépine. — *Journal de médecine*, Lyon, 1864, p. 367.

Barié. — Consid. clin. et thérap. sur un cas d'occlusion intestinale par obstruction, guéri par l'emploi des antiphlogistiques. *Gaz. hebd.*, 1877.

Rafinesque. — *Etude sur l'invagination intestinale chronique.* Thèse Paris, 1878.

Bulteau. — *De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement.* Thèse Paris, 1878.

Lévêque. — *De l'occlusion intestinale produite par la rotation de l'intestin.* Thèse Paris, 1884-1885.

Bouveret. — Note sur la dilatation du cæcum et du côlon ascendant. *Lyon médical*, 1887, n° 31.

Auffret. — Mémoire sur les occlusions intestinales. *Arch. de méd. nav.* Paris, 1885, p. 350-351.

Maturié. — *Cont. à l'étude de l'occlusion intestinale et de son traitement.* Thèse Paris, 1889-1890.

Cornet. — *Origine spasmodique des coliques.* Thèse Bordeaux, 1889-1890.

Routier. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, Paris, 1890.

— De l'occlusion aiguë. *Semaine médicale*, Paris, 1890.

Comte. — Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale. *Revue méd. Suisse Romande*, 1892.

Fougère. — *Les occl. intest.* Thèse Montpellier, 1892-93.

Camichel. — *Contr. à la séméiologie de l'occl. int. par étranglement.* Thèse Lyon, 1892-93.

Floch. — *Contr. à l'étude de l'occl. int. spasm. et paralyt.* Thèse Paris, 1893-94.

Brochard. — *De l'obst. int. par calculs biliaires.* Thèse Paris 1895-96.

Bolier. — *Le volvulus de l'anse oméga.* Thèse Paris 1895-96.

Trouillet. — *Dauphiné méd.*, 1897., XXI, p. 271-274.

Kammerer. — The général diagnostic and treatement of ante intest. obstr. *The medical Record*, 1898, LIII, p. 275-77.

Monod. — Obstr. int. par appendice. *Bull. et mém. Soc. chir.* 1900 p. 724.

Bassinot. — *De l'obst. int. par torsion totale du mésentère.* Thèse Paris, 1899-1900.

Jeanne. — Appendicite avec péritonite aiguë. Diagnostic différentiel avec occl. intest. *Bull. et mém. Soc. chir. Paris*, 7 février 1900.

Adams. — The différentiel diagnostic of intest. obstr. *Boston M. S. Journal*, 1901., XLIV.

Cotte et Leriche. — *Revue de gynécol et de chir. abd.* 1905.

Tuffier et Martin. — *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, 1907 n° 5 et 6.

Roger. — Mouvements de l'intestin dans l'occlusion expérimentale. *Journal de phys. et de path. générale.* 1906, t. VIII.

Okinczye. — *Traitement chir. cancer colon.* 1907.

Mauclaire et Levant. — Sténoses intestinales secondaires aux hernies étranglées. *Arch. gén. de chir.*, 1908, n° 30.

Giret. — *Formes cliniques de l'occlusion intestinale incomplète.* Thèse Paris, 1908-1909.

Vulliet. — *Revue méd. Suisse Romande*, mai 1909-février 1910.

Cheinisse.— L'iléus spasmodique et l'entérospasme chronique. *Semaine méd.*, 1910, n° 26.

Ariste-Zélise. — Thèse Paris, 1909-1910.

Corsy et Dor. — *Gaz. hôp. Paris*, 1911, p. 999-1005.

Peyan et Moiraud. — *Gaz hôp. Paris*, 1911, 21 décembre.

Groves. — Some cases illustrating the difficulty and importance of carly diagnosis in acute intest. obstr. *Bristol M.S. Journal*, 1912, XXX, p. 37-45.

Villard. — *Lyon méd.*, 1912, CXVIII, p. 840-848.

Lebesconte. — *L'iléus fonctionnel.* Thèse Paris, 1912-1913.

Paris. — Imp. Vigot Frères, 23, rue de l'École-de-Médecine.